UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA PSYCHOSE
HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

PAR

Charles-Alexis LAUZE

Interne des Asiles

Né le 14 mars 1888, à la Grand'Combe (Gard)

Président : MONSIEUR GILBERT-BALLET, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUÉNU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-TINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBÉCOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU.
GOUGEROT	LÉNORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur GILBERT-BALLET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE MALADIES MENTALES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU ET DE L'ASILE CLINIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui nous a fait le grand honneur
de présider notre thèse

A M. le Docteur R. MASSELON

DIRECTEUR MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DE PRÉMONTRÉ (AISNE)

qui a inspiré cette thèse

hommage de reconnaissance et
de profonde admiration

HISTORIQUE

Chacun sait comment Esquirol, qui parmi toutes les affections mentales avait vu distinguer les délires systématisés, se basant sur la conservation relative de la lucidité, avait rangé ces états dans le groupe des monomanies ou délires partiels. Puis remarquant qu'ils se présentaient avec des aspects différents, il les divisait en *lypemanie* ou délire partiel « avec passion triste et oppressive et en *monomanie proprement dite* délire partiel avec passion excitante ou gaie » (1).

Par des observations attentives et suivies ses auteurs sont d'abord arrivés à faire sortir de ce grand groupe de la lypémanie plusieurs entités pathologiques. Lasègue commence ce travail de division et distingue la Mélancolie du *délire de persécutions*. Mais il ne crée le délire de persécutions que sur des symptômes observés à la « période de floraison ».

Continuant ce travail d'analyse, M. Fabret fait sortir

(1) Esquirol. Des illusions des sens chez les aliénés cité par Serieux et Capgras.

du délire de persécution le délire de persécution essentiel et le délire des persécutés-persécuteurs.

M. Magnan envisage le caractère du délire ; les antécédents et la marche de la maladie. Il est, d'après cet auteur, des persécutés qui, d'abord inquiets, préoccupés, anxieux, soupçonneux n'arrivent qu'après quelque temps au délire. Il en est d'autres qui n'offrent pas cette période prodromique et qui entrent d'emblée dans le délire. Ceux-ci sont « pour la plupart des héréditaires dégénérés et quelquefois aussi des alcooliques subaigus ou chroniques, plus rarement des hystériques. » (1). Ceux-là, qui n'ont pas d'antécédents chargés prennent place dans le *délire* chronique.

Le délire des dégénérés qui éclate brusquement a un aspect des plus protéiformes, les idées peuvent être de nature expansive, dépressive, mystique ou hypochondriaque mais le caractère impulsif, instinctif prédomine. Il n'existe pas de cohésion dans les idées délirantes : le dégénéré a peu de tendance à la systématisation. Comme le dira plus tard M. Gilbert-Ballet « il sent, il croit plus qu'il ne raisonne ».

Le délire chronique, au contraire passe par quatre stades se produisant invariablement dans le même ordre : 1° une période d'incubation caractérisée par un éréthisme psycho-sensoriel ; 2° une période de délire de persécution alimenté par des troubles sensoriels ; 3° une période de transformation du moi maladif : pé-

(1) Magnan, Leçons cliniques, 1893.

riode d'idées de grandeur ; 4° la phase terminale vers la démence.

Cette conception du délire chronique fut longuement discutée à la Société Médico-psychologique de 1886 à 1888. Si quelques-uns l'admirent tel qu'il est décrit par M. Magnan, d'autres et surtout M. Fabret, sans en contester l'existence, lui firent d'importantes objections, tant sur l'évolution du délire que sur son origine.

Pour M. Fabret, la transformation du délire de persécution en délire de grandeur est loin d'être constante et n'a pas lieu dans la majorité des cas. Le délire de grandeur, quand il survient à une période avancée du délire de persécution ne se substitue pas à lui, ne l'efface pas complètement. M. Fabret ne regardait pas non plus comme fatale la période de démence.

M. Séglas soutient l'origine dégénérative du délire chronique, Il découvre chez les délirants chroniques une hérédité aussi chargée que chez les dégénérés. La séparation du délire chronique et du délire des dégénérés n'est pas aussi tranchée : « L'antithèse entre cette forme délirante et les délires dégénératifs n'est pas aussi absolue qu'on veut bien le dire, tant au point de vue de l'aspect général de la maladie, que de la durée et du pronostic (1) ».

L'évolution des délires hallucinatoires chroniques, sera désormais le point en litige et c'est autour de lui que l'on va essayer de classer les délires systématisés.

---

(1) Soc. Médico psych. Séance du 30 Janvier 1888.

Nous n'avons pas l'intention d'examiner comment la question se présentait à l'étranger. Franchissant la phase historique nous en venons immédiatement à la phase moderne où le problème se pose au-delà du Rhin sous une forme à peu près identique à celle qu'il revêt en France.

La classification de Krœpelin fait entrer dans la *Paranoia* les délires à base d'interprétations délirantes et dans la *démence paranoïde* les délires à bases d'hallucinations. Les délires d'interprétation sont des psychoses constitutionnelles qui n'aboutissent jamais à la démence ; les délires hallucinatoires sont acquis, vont progressivement vers la démence et sont rangés dans la forme paranoïde de la démence précoce.

MM. Serieux et Capgras se rangent à ces idées en opposant « les psychoses constitutionnelles, maladies accidentelles, et le délire d'interprétation, maladie constitutionnelle ». Ces auteurs distinguent des « affinités entre le délire d'interprétation et le délire de revendication dérivés tous deux d'une personnalité morbide » (1), tandis que « aucun lien ne rapproche ces psychoses constitutionnelles et non démentielles des psychoses hallucinatoires chroniques, maladies acquises et démentielles ». Les auteurs qui ont créé cette entité morbide lui distinguent trois périodes : 1° une période d'incubation insidieuse ; 2° une période de systématisation pour la naissance d'une idée qui va deve-

(1) Serieux et Capgras. Les Folies raisonnantes.

nir le centre du délire et ramener tout à elle ; 3° une période terminale caractérisée par l'absence d'affaiblissement intellectuel. Les idées délirantes deviennent moins nombreuses — les interprétations s'atténuent ; les réactions se font moins vives.

Ainsi ces auteurs prenant une partie des idées de Krœpelin, les adaptent aux théories françaises et les accommodent aux vues générales que M. Magnan avait toujours eues sur cette question.

MM. Deny et Camus se rangent à cette manière de voir. A propos d'une observation de délire d'interprétation, ils donnent un essai de classification des psychoses systématisées chroniques. Ils distinguent :

1° Les délires à base d'interprétations mentales exagérées ou obsédantes (Persécutés, Persécuteurs).

2° Les délires à base d'interprétations erronées (délire d'interprétation de Schüle, Krœpelin, Serieux et Capgras).

3° Les délires à base de troubles perceptifs avec deux sous-variétés :

a) Les délires à base de troubles cénesthésiques ;

b) les délires à base de troubles sensitivo-sensorels.

Les trois premier sont rangés dans la Paranoïa, les délires à base de troubles sensoriels en sont exclus parce que :

1° Leur systématisation est illusoire.

2° Leur évolution est différente. Tandis que les trois premiers ne sombrent jamais dans la démence — la dernière est franchement démentielle. Et avec Krœpelin

les auteurs rattachent à la démence précoce les délires à base de troubles sensoriels y compris le délire chronique de M. Magnan.

Ces idées ne furent pas acceptées sans objections. Les difficultés que souleva le délire chronique à son apparition sont de nouveau soulevées par l'interprétation moderne du délire hallucinatoire.

Deroubaix, en 1909, divise la Paranoïa, en paranoïa simple et paranaïa hallucinatoire. Il distingue des cas aigus et des cas chroniques. Les cas peu ou pas sysmatisés et se terminant par la démence, il les range dans la forme paranoïde de la démence précoce.

La même année, M. Séglas publie une observation du *délire de persécution systématique hallucinatoire évoluant pendant quarante ans sans démence*. Il y a donc des délires hallucinatoires qui évoluent sans démence. Il n'existe pas de barrière séparant la paranoïa de la démence paranoïde. Cette observation appuie la doctrine de M. Fabret, réfute celle de M. Magnan et de Krœpelin qui fait entrer dans démence précoce, variété paranoïde, tous les délires systématisés hallucinatoires.

Deux observations de délire systématisé hallucinatoire sans démence furent publiées en 1910 par MM. Barbé et Benon.

En 1911, M. Gilbert-Ballet fait entrer dans la *psychose hallucinatoire chronique*, le délire chronique de M. Maguan et les délires hallucinatoires des dégénérés — en dépit des différences d'évolution et de terminaison — parce qu'ils se rattachent les uns aux autres par des

analogies symptomatiques et pronostiques évidentes. Il n'admet pas la classification de Krœpelin qui fait des délires hallucinatoires chroniques une simple variété de la démence précoce, parce que l'on ne peut pas appeler démence une psychose qui n'arrive pas toujours jusqu'à la démence ou qui n'y arrive que tardivement.

En 1912, M. Masselon apporte des idées et une classification un peu différentes, puisque, d'après ces idées, les délires non hallucinatoires et les délires hallucinatoires évoluent sur le même tempérament paranoïaque et « sont des psychoses essentiellement constitutionnelles, que l'on doit distinguer des psychoses acquises dont la démence précoce est le type ». « Les analogies qui existent entre les délires systématisés hallucinatoires et les délires d'interprétation, les intermédiaires qui unissent ces délires à la démence paranoïde, ce terrain commun sur lequel toutes ces formes morbides se développent, autorisent à les grouper dans une même classe morbide : la Paranoïa. Et M. Masselon classe ainsi les psychoses se développant sur le tempérament paranoïaque :

1° Délire des persécutés-persécuteurs ou de revendication ;

2° Le délire d'interprétation ;

3° Les délires hallucinatoires chroniques ;

4° La démence paranoïde.

En faisant remarquer que « si l'on étudie les unes après les autres ces quatre variétés, on s'aperçoit rapi-

dement qu'elles constituent des états de plus en plus complets d'aliénation mentale (1).

Nous nous proposons d'étudier la psychose chronique hallucinatoire. Après en avoir fait une description un peu approfondie nous tâcherons de caractériser les grandes lignes de son évolution, et en cherchant à préciser la nature des hallucinations qu'on y rencontre, d'en marquer la place dans le cadre nosographique.

(1) Les délires hall. chroniques. Enceph. février 1912.

Description de la Psychose hallucinatoire chronique

Nous établirons la description de la psychose hallucinatoire chronique sur nos cas personnels que nous rapporterons avec quelques détails. Nous rappellerons d'abord le plus brièvement possible les cas publiés antérieurement.

OBSERVATION I

(Séglas. *Soc. medico-psych.*, 25 oct. 1909)

Mme R..., née en 1831 a un caractère sombre, ne se liant pas volontiers. Le délire débute à l'âge de 34 ans. Ce sont d'abord des interprétations délirantes. En 1869 apparaissent les hallucinations auditives : elle entend des paroles menaçantes.

Puis des hallucinations des autres sens, des troubles de la sensibilité générale.

Hallucinations incessantes. Interprétations de plus en plus nombreuses. La malade est persécutée par une

bande de 300 individus qui lui font subir toutes sortes de méfaits. Elle présente des illusions, des hallucinations de la vue (rares), de l'odorat, des hallucinations génitales mais aussi des hallucinations auditives, écho de la pensée, voix intérieures (non perçues par les oreilles, mais venant directement de la bouche). Idées de grandeur, Mme R..., meurt en 1909 sans avoir manifesté des symptômes de démence, l'évolution a durée 44 ans.

OBSERVATION II

Barbé et Benon. (*Soc. psych.*, 19 mai 1910)

Bad... Constance entre à l'asile clinique Sainte-Anne à l'âge de 37 ans, profession : sténographe.

Antécédents : sœur débile.

En 1896 à l'âge de 27 ans à propos d'une maladie générale mal déterminée, elle aurait eu des idées vagues de persécutions.

En 1901 apparaissent les interprétations, les troubles de la sensibilité générale.

En 1903, troubles de la sensibilité générale sur la sphère génitale, hallucinations auditives.

De 1903 à 1906, hallucinations auditives, troubles de la sensibilité générale. La malade adresse des plaintes contre ses persécuteurs. Idées de grandeur : le Préfet de police la défend.

En 1906, idées de persécution à caractère érotique, idées de grandeur, hallucinations verbales auditives, écho de la pensée, hallucinations psycho-motrices, troubles de la sensibilité générale.

De 1907 à 1909 même thème délirant.

1910, hallucinations auditives continuelles, troubles de la sensibilité générale. Aucun signe de démence, tenue et attitude correctes, attention normale, orientation bonne, mémoire fidèle, etc...

OBSERVATION III

Barbé et Benon, (*Soc. psych.*, 19 mai 1910)

Lad... Marie, 75 ans. Pas d'antécédents. Début du délire à l'âge de 57 ans : idées de jalousie, idées de persécution. Poursuivie par des somnambules elle s'enfuit, écrit des plaintes aux journaux, à la police.

En 1903, apparaissent les hallucinations auditives : voix qui l'attaquent, voix qui la défendent. Troubles de la sensibilité générale.

En 1906 : hallucinations auditives : troubles de la sensibilité générale de plus en plus nombreux.

1910 : Même état délirant. Aucun signe de démence. Orientation assez bonne. Mémoire vive. Sentiments normaux. La malade juge et raisonne.

OBSERVATION IV

Massalon (*Ensephale* 2 février 1912)

Mme Piq..., veuve K..., âgée de 65 ans, est persécutée depuis l'âge de 15 ans, par une bande d'individus-émissaires de Belzebuth et de Lucifer. Le délire devient intense, à partir de l'âge de 45 ans ; on la persécute de mille manières. Ces idées de persécution s'accompa-

gnent d'idées mystiques et d'idées ambitieuses. Les interprétations, les fabulations se joignent aux hallucinations auditives verbales, aux hallucinations auditives communes, aux troubles de la sensibilité générale. Les hallucinations auditives datent de plus de 20 ans. Malgré cette longue évolution, la malade ne présente aucun signe de démence : l'affectivité, l'intelligence, la mémoire sont intactes.

OBSERVATION V (Personnelle)

D... Edouard, 34 ans, menuisiers, entre à l'Asile d'aliénés de Prémontré le 10 août 1913.

Antécédents personnels : Le malade est veuf, père d'une petite fille de huit ans. Il a fait quelques excès alcooliques, s'occupe de politique, idées socialistes.

Antécédents héréditaires : La mère est manifestement débile. Elle ne reconnait pas que le placement de son fils a l'asile est justifié.

Le début de la maladie remonte au commencement de l'année 1913. Le certificat médical note qu'à ce moment-là, le caractère s'est assombri : le malade est devenu inquiet, songeur. En Juin 1913, il entre en brouille avec ses frères et sa mère pour des motifs futiles. Il se plaint qu'on lui fait des misères. Par haines et par jalousie, sa mère avec qui il vit, le met à la porte et sa fille.

En Juillet 1913, il veut épouser la fille de son patron : il lui écrit deux lettres pour lui faire part de ses intentions. On lui oppose un refus.

La jeune fille, Mlle B... ne demandait pas mieux, dit-il, mais sa mère et son frère l'en détournaient. Il lui écrit qu'il sacrifiera tout pour elle, même ses idées socialistes. Elle lui aurait tenu ce propos, « quel malheur !

je ne serai jamais sa femme, on veut me marier contre mon gré. »

A partir de ce moment le délire devient très actif : il va construire sur l'idée de mariage contrarié. Le malade trouve des raisons à ce refus : Il est socialiste et ne croit pas en Dieu ; donc, il existe une cabale montée contre lui par les curés, les « sacs à charbon » : on veut lui faire renier ses convictions politiques et religieuses. Il n'obtiendra la main de la jeune fille que s'il va à l'église, s'il veut communier et diriger une société de gymnastique cléricale. Il entend déjà des persécuteurs dire : « Il a beau faire, on l'aura quand même et s'il se marie il ira à l'église et communiera. » Des gens disent à la jeune fille : « Laissez-le donc, il n'a pas de nature, il n'en a pas. Les enfants qu'il a ne sont pas les siens ». De nombreuses personnes l'inquiètent le menacent. On le traite se « sale socialiste », on se moque de lui, on ricane.

Les voisins lisent ce qu'il écrit à l'aide des rayons X. Il n'a pas encore fini d'écrire qu'ils discutent déjà le contenu de sa lettre. Ils se sont « prêtés à une tentative criminelle de transmission de la pensée. Ils captent ma pensée à l'aide d'un appareil pendant mon sommeil. Les projections sont dirigées sur ma tête quand je suis couché. J'ai aperçu l'appareil et j'ai même remarqué que l'on prenait des précautions pour que je ne puisse le voir. Il m'a semblé que c'étaient des rayons X ». Il s'agit là, manifestement, d'illusions et d'interprétations.

Par la transmission de la pensée, ils connaissent ses secrets. Ils connaissent Mlle B... qu'il veut épouser. Ils suggèrent à celle-ci de venir chez Ba... écrire une lettre que Ba... lui remettra : Mais survient la propre mère de D... qui met empêchement à tout par ses médisances et ses menaces.

Aux interprétations, aux illusions, à la transmission de la pensée, se joignent des hallucinations auditives

verbales. D... entend des conversations, sans voir jamais personne. Les voix suivent ses pas dans la rue. Il y en a qui le défendent : « On ira dire la vérité à Mlle Ba..., on ne croit pas cette méchante femme (sa mère) ». Mais bientôt se font entendre les voix de ses ennemis : ils se moquent de lui, ils l'induisent dans une série d'erreurs sans lui donner le temps de se reprendre ; ils font entendre des menaces contre sa fille et lui-même. Mais le malade n'a pas encore perdu toute faculté d'auto-critique. « Je trouve cela étrange, dit-il ; je cherche à savoir si toutes ces menaces sont mises à exécution ; une puissance inconnue me force à écouter tout. Je ne vois personne. J'ignore que je subis une influence d'hypnotisme. J'ai conscience de ce que je fais et malgré cela, je marche dans la rue, cherchant à me rendre compte de ce qui est pour moi un mystère. »

Des voix lui disent : « méfie-toi de ta mère, de ton frère ; avec le fils Ba... ils ont décidé de faire un mauvais parti à toi et à ta fille ». Sur cet avertissement, il prend un fusil et monte la garde chez lui. Il a l'intention de tirer sur sa mère qui est la cause de tout son malheur.

Des hallucinations auditives communes se joignent aux hallucinations communes verbales : « On m'accusait, on me menaçait de me tuer. On disait parfois : lâche, tue-toi. Si tu ne veux pas on t'aura quand-même. Pour corser cette mise en scène, on faisait de légers bruits, des frottements sur les ardoises des toits, je suis sorti plusieurs fois, impossible de rien voir.

Il adresse des plaintes au commissaire de police contre sa mère. Un jour celle-ci vient le voir et lui donne des conseils « qui n'étaient que des détours pour me lancer des menaces. » Après que sa mère se fut retirée la « séance battit son plein » et il fut harcelé sans répit par les voix injurieuses.

D... écrit un long rapport au commissaire de police

pour donner tous les détails des persécutions qu'il subit. « Dans ces pages, je ne mentionnai qu'imparfaitement ce que je savais, écrit-il plus tard, mais la suite, au cabanon, devait me permettre de me rendre compte de tout ». Il est placé, en effet, en observation à l'hôpital de S... il y passe quelques jours et il semble que là, dans la solitude de sa cellule, ses hallucinations ne lui aient pas laissé de répit. « A l'aide de la transmission de la pensée, l'on me fit révéler tout mon passé, on me poussait à me tuer, on me traitait de lâche ; on m'accusait d'une foule de monstruosités. On me disait : ta gamine est morte. Ces paroles provenaient de la bouche de B...

Il cite désormais les noms de ceux qui lui parlent. Ils lisent sa pensée et la répètent comme un écho. Ils répètent les phrases qu'il dit à voix basse : « J'entendais « prononcer mes pensées, à mesure qu'elles me venaient « à l'esprit ». Lui-même répond par la pensée où à haute voix. Il est sommé de se défendre devant le tribunal composé du commissaire de police, du lieutenant des sapeurs-pompiers, de ses frères et sœurs, de sa mère, de toute la famille B... Ce tribunal l'accuse de toutes sortes de monstruosités, on lui fait faire un examen de conscience de toute sa vie privée. — Seule la voix de Mlle B..., le défend. Il répond à ses accusations tantôt à voix haute, tantôt en pensée. On le harcèle de questions sur la politique, on cherche à le surmener pour le rendre fou.

Puis apparaissent des phénomènes d'un autre ordre, hallucinations de l'odorat et du goût ou interprétations simples. « Je ne sais qui m'envoyait des vapeurs de belladone. J'ai reconnu l'odeur parce que mon père, asthmatique, fumait des cigarettes de belladone. On en mettait dans mes aliments. »

Mais les hallucinations auditives prédominent. Le lendemain, en effet, il entend le bruit d'une manifestation entre les catholiques qui veulent le tuer et les socia-

listes qui le protègent. Les catholiques lui en veulent, parce qu'il a scandalisé l'Eglise.

On le pousse à se tuer : il se blesse, en effet, à la tempe d'un coup de canif. Puis, ne pouvant plus y tenir au milieu de ces voix accusatrices ou menaçantes, il cherche à se sauver et y parvient.

Pour échapper aux voix, il prend la résolution de s'engager à la légion étrangère. Comme il a quelque argent, il prend le train pour Paris. Il veut s'engager au titre de Français, pour ne pas faire supposer qu'il a quelque chose à se reprocher. On lui réclame son livret militaire qu'il a laissé à S... N'osant rentrer à S... de peur d'être appréhendé, il s'en va à M..., ville voisine, tenter un essai d'engagement. Démarche vaine. Il télégraphie alors à un de ses amis de lui envoyer son livret militaire à Paris, où il se rend de nouveau. Son livret militaire n'y étant pas parvenu, il retourne à S... où il est surpris et conduit à l'asile de Prémontré.

Nous avons noté tous ces détails pour montrer que ce malade qui, il y a quelques jours, s'interrogeait et trouvait étranges les persécutions qu'il subissait, a aujourd'hui la conviction que ses ennemis s'acharnent à sa perte. Il veut à présent *prouver* à la justice tout le mal qu'on lui a fait subir.

On veut le faire passer pour fou. Une erreur a fait inscrire sur son dossier la profession d'ouvrier de fabrique alors qu'il exerce celle de menuisier. « C'est une erreur regrettable » et c'est la preuve que c'est un homonyme qui devrait être interné à sa place. Il écrit de longs rapports au procureur de la République pour dénoncer les auteurs nombreux du complot tramé contre lui.

Durant son séjour à l'asile, les hallucinations sont très nombreuses. Ce sont des hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations olfactives qu'il a présentées à l'hôpital de S... ne se sont pas reproduites. Par contre les

troubles de la cénesthésie apparaissent. Le malade interprète ses sensations et les ramène à son délire. « En m'abandonnant, sans volonté, sous l'influence de celui qui imite la voix de Ba... j'acquis la certitude que pendant mon sommeil, il me rappelle sans cesse l'image de Mlle Bo..., me la représente toute nue et qu'il pousse à l'écoulement du sperme. Mais je ne suis pas assez sot pour me laisser abattre ou épuiser de cette façon. D'ailleurs je suis certain d'être plus fort que celui qui pourrait avoir le plus d'influence sur moi. »

Quand il lutte ainsi contre les suggestions de ses persécuteurs « ils abandonnent la partie en me disant : à tout à l'heure, et de rage, ils font entendre le tintamarre d'un tambour, d'une grosse caisse et d'un phonographe ».

Ils l'assaillent toujours de leurs railleries de leurs paroles méchantes : « qu'importe, si tu sors nous te rattraperons plus tard, tu te soumettras, tu deviendras catholique ». Ils disent aussi : Tu n'auras pas Thérèse : tu ne sortiras pas de Prémontré.

S'il écrit une lettre ils lui disent qu'ils devanceront sa lettre et entraveront ses projets ou bien : « tu n'écriras pas » et pour l'empêcher d'écrire correctement ils agitent tous ses membres d'un tremblement nerveux analogue aux secousses électriques. « C'est ce qui explique l'irrégularité de mon écriture. »

Aujourd'hui, le malade garde une attitude hostile. Il est sombre, mais son intelligence est très active. Traqué, poussé à bout par ses ennemis il écrit de nombreuses lettres au Procureur de la République et à ses amis pour prouver la réalité de ses persécutions. Il expose tous les détails de son aventure. Il garde contre les médecins une irritation profonde, parce qu'ils n'ont pas besoin de le retenir si longtemps pour reconnaître sa parfaite santé morale. Sa présence d'esprit est remarquable. Il cherche à dépister, dans ses réponses, la présomption d'aliénation

mentale. Il fait lui même remarquer que son raisonnement ne pêche pas par la logique et qu'il ne doit pas être tenu pour aliéné. Ses écrits, comme ses conversations prouvent la bonne coordination de ses idées. Son affectivité est intacte : ce malade voudrait voir sa fille ; il la réclame et exprime des craintes qu'il a à son sujet.

Le délire, dans cette observation, ne remonte pas à plus d'un an ; il doit donc poursuivre une longue évolution dont nous ne saurions rien préjuger. Mais la description que nous venons de faire nous sera utile pour établir les symptome de l'affection qui nous occupe. Voici notre deuxième cas personnel.

OBSERVATION VI

Mme K..., âgée de 71 ans, est entrée à l'asile de Prémontré le 24 août 1913.

Dans ses antécédents héréditaires on ne nous a rien signalé qui puisse intéresser la pathologie mentale.

Elle même, avant son délire, était d'un caractère gai, enjoué, pas nerveux, pas impressionnable, pas pessimiste du tout. Elle supportait courageusement les circonstances difficiles de la vie. Elle ne fut jamais triste sans cause. C'était un esprit très curieux, aimant lire les ouvrages de médecine et de science.

Le délire commença en 1898. Il survint après de nombreuses hémorragies utérines qui avaient nécessité l'alitement.

On s'aperçoit d'abord qu'elle attribue aux faits qui surviennent dans son entourage une mauvaise intention. Sa fille a un furoncle insignifiant au bras : c'est qu'on l'a empoisonnée. Elle cite les personnes qui ont agi ainsi. Elle fait analyser de nombreuses choses qui se trouve

dans son appartement. Les voisins sont payés pour l'empoisonner.

Le délire présentait parfois des périodes de rémission qui duraient une quinzaine de jours. D'ailleurs jusqu'au moment de son internement les amis de sa famille ne s'étaient pas encore aperçus du changement qui était survenu dans son état mental.

Mais continuons l'histoire du délire. Vers 1898, un monsieur s'était présenté pour épouser la fille de notre malade, et le mariage a manqué. C'est ce monsieur qui fait subir, depuis ce temps, à sa famille et à elle-même toute sortes de misères. C'était un homme enjoleur, un esprit subtil et intelligent. N'est-il pas allé jusqu'à se faire passer pour mort ? Il se disait divorcé, alors qu'il ne l'était pas. « Il n'était autre que M. Goron, chef de la Sûreté, dit la malade, parce que je l'ai vu sortir du Palais de justice, lors de l'affaire Pranzini ». Mais après l'affaire Pranzini il a pris le nom de M. Jean Julien, puis celui de M. Capus.

Sous le nom de M. Jean Julien, il s'est fait porter comme mort chez les frères de St-Jean-de-Dieu. Il a resuscité en Capus ; il a écrit des pièces : la *Veine*, les *Deux Ecoles*, la *Châtelaine* où il fait des allusions à sa fille et à elle-même. M. Lépine, qui était très bien avec lui, la fait surveiller par plusieurs personnes.

En 1899, on commence à la tourmenter avec les rayons X. Des produits chimiques lui brûlent les yeux elle porte des taches qui sont les marques d'un empoisonnement qu'elle a subi. Elle n'avait jamais été tourmentée ainsi. C'est peu à peu qu'elle s'est aperçue de tout cela. Elle observe tout autour d'elle, elle interprète les incidents qui arrivent à son entourage. Les personnes qui voisinent avec elle font du magnétisme, les rayons X pénètrent chez elle. Ils envoient des émanations qui étouffent le larynx de sa fille.

Elle change de maison plusieurs fois, rien n'arrête

les persécutions qu'on lui fait subir. On continue à évaporer des poisons pour rendre malade sa famille et elle-même. « C'est une vie d'enfer », dit-elle. Elle écrit des lettres à la justice. Elle va trouver M. Lépine plusieurs fois : les voisins n'en continuent pas moins à faire du spiritisme, à envoyer des évaporations. Sa fille est longtemps malade. C'est le phosphore qui la mine.

Jusqu'en 1908, durant une période de dix ans, nous ne découvrons pas d'hallucinations. Celles-ci apparaissent à cette époque. Leur mode de début est particulièrement intéressant.

Elle est un jour, étonnée d'avoir dit une phrase sans avoir pensé. Elle interprète immédiatement et conclut : Ce sont évidemment ses ennemis, qui la font parler : « Ils mettaient des phrases dans ma bouche. ».

Plus tard ces hallucinations verbales motrices se compliquent d'hallucinations auditives. Ce sont des gens de la police qui parlent. Ils appartiennent à la troisième section. Ils envoient chaque jour un rapport à leur chef.

Ils lui dérobent ses pensées. Elle le sait, parce qu'à mesure qu'elle pense, ses paroles sont répétées par ses ennemis. C'est là le phénomène dit écho de la pensée que nous avons déjà observé dans le cas précédent.

Les hallucinations existent le jour et la nuit. Les voix se font entendre en allemand et en français. « Un jour, ils ont dit en allemand : Mais nous ne voulons pas vous faire de mal, ce n'est que pour servir la science et nous instruire. »

En effet, aux hallucinations, s'associent des troubles de la sensibilité générale. Les agents qui la persécutent lui font subir des décharges continuelles. Ses ennemis sont au nombre de trois, le père, la mère et la fille. Le père, agit plus brutalement.

Parfois ce sont des hallucinations simples de l'ouïe, et elle les interprète, les ramène à son délire : « J'allai trouver la propriétaire pour lui demander de quel droit

elle cachait, chez elle, des personnes qui sont des tortionnaires. Elle ne pouvait le nier, puisqu'on les entendait marcher au-dessus. »

Le délire se poursuivant avec la même acuité, ce sont les troubles de la sensibilité générale qui reviennent parmi les hallucinations fréquentes. Nous citons ses paroles : Quelques jours après, je recevais une formidable charge d'électromagnétisme vers la nuque. Ah! mon Dieu ! Je souffrais. C'était la première charge pour la section de mon pauvre cerveau. D'autres charges ont suivi. Je commençais à souffrir affreusement dans la tête. On me parlait tout le temps. C'étaient des histoires qu'on racontait, des questions que l'on me posait aussi bien la nuit que le jour.

Vers la fin 1912, deux autres personnes se sont jointes aux trois premières et les persécutions ont augmenté. On envoyait des schrappnels, on évaporait des poisons, de la nicotine. C'est la première fois qu'apparaissent les hallucinations de l'odorat. Elle écrit alors au Maire et lui demande son appui.

En 1913, elle n'ose plus parler par crainte de ses persécuteurs. Un autre individu s'est joint aux cinq autres, les hallucinations de l'odorat coexistent avec les hallucinations auditives. Ils lui envoient des évaporations de strychnine, ils font fonctionner des « speicher » sous la table, on lui parle jour et nuit à travers les fluides.

A la fin de 1913, époque où nous l'observons, elle a l'aspect d'une persécutée. Elle se plaint, garde un air souffrant et indique des supplices qu'on lui fait subir. Elle supplie que l'on fouille la maison, que l'on découvre les tortionnaires qui s'y cachent.

Ce sont les mêmes hallucinations, les mêmes troubles cenesthésiques qu'elle a déjà présentés. Elle sent des aiguilles qu'on lui enfonce dans le ventre : C'est probablement un agent de la troisième section qui a

touché l'appareil magnétique, son pauvre corps reçoit toujours des schrappnels.

Elle entend parler, nuit et jour ses ennemis, mais dès qu'on lui cause, dès qu'on détourne son attention, elle ne les entend plus.

Ils entendent tout ce qu'elle dit ; ils savent tout ce qu'elle pense. Ils excitent son cerveau pour savoir ce quelle pense sur telle ou telle chose. On ne l'injurie pas, mais on lui parle de façon à la faire répondre mal.

Aujourd'hui le délire garde toujours le même caractère. Les troubles de la sensibilité générale et les hallucinations prédominent. Les ennemis lui envoient toujours des évaporations : ça fait un tourbillon, un bruit assourdissant. Les fluides s'accrochent aux draps, les gaz pénètrent dans son corps et n'en doivent plus partir. Ils ferment le rectum : les hémorroïdes font alors horriblement souffrier. Les « speicher » ferment l'urèthre, les schrappnells écrasent l'intestin qui depuis est paralysé. Avec l'électro-magneté ils poussent les matières. Tous les organes sont rongés, les artères du rein sont endommagées. Ils agissent aussi avec le radium, ils la violentent. Tout cela détruit les forces et les soutire dans la matrice.

Toute la nuit elle entend causer. On lui dit qu'elle périra, que sa fille est morte. Le jour les voix se font entendre partout, dans la salle commune, dans le jardin à la chapelle.

Quand elle pense à quelque chose elle l'entend répéter immédiatement. Quand elle écrit une lettre, elle entend répéter ce qu'elle écrit. Ils savent tout ce qu'elle pense avec leurs appareils. Elle décrit ces appareils magnétiques et radiatiques importés de Portugal. M. d'Arsonval a acheté le fil avec lequel on l'électrise et l'a donné ensuite comme sa propre invention.

Elle exprime volontiers ses souffrances ; elle donne de nombreux détails sur le fonctionnement de ses orga-

nes, pleure parfois et supplie qu'on débarrasse la maison des individus qui s'y cachent pour la persécuter.

On ne peut relever aucun signe de démence chez Mme K... Sa mise est des plus correctes. Elle parle poliment. Elle lit régulièrement un journal politique ; est capable de converser avec ses compagnes sur des sujets divers. La mémoire est nette. L'affectivité est normale. Elle se plaint de ne pas recevoir assez souvent des nouvelles de ses enfants ou réclame leur visite. Cette malade n'est donc pas affaiblie intellectuellement.

Ces deux observations présentent certainement des lacunes — mais l'une complète l'autre. Si nous n'avons pu observer notre premier cas qu'un temps très court, comparativement à l'évolution longue de la maladie, nous en avons du moins saisi le début. Notre deuxième cas chez une femme de 71 ans nous montrera du moins que ces délirants ne présentent pas toujours les symptômes de déchéance intellectuelle que l'on a décrits chez eux.

Nous basant sur des exemples de nos observations et aussi des cas publiés antérieurement, nous décrirons à la maladie une période d'incubation et d'interprétation — une période d'état ou de floraison ou de systématisation. Nous ferons des réserves sur les idées ambitieuses de la troisième période et nous montrerons que la période de démence n'existe pas, le plus souvent.

Le début peut remonter très loin. Il faut aller le chercher dans une modification du caractère qu'il est difficile de saisir, au commencement, chez des sujets dont l'état mental est constitutionnellement vicié.

Ces sujets sont habituellement des égoïstes dont le caractère s'aigrit encore. Ils sont renfermés sur eux-mêmes. Ils regardent autour d'eux, tout leur paraît étrange. Etonnés, ils deviennent anxieux : un rien les blesse. Ils ont des discussions futiles avec leur entourage, qui les trouve ombrageux, inquiets ; leur reproche de se livrer à des mouvements d'impatience. Ils prétendent qu'on a pour eux de la haine, de la jalousie. Ils ne sont pas comme tout le monde. Ils croient comprendre qu'on ne les regarde pas comme les autres.

Cette phase d'étonnement, d'inquiétude, peut s'observer longtemps avant l'éclosion du délire. Une malade de 64 ans, observée par M. Masselon racontait qu'à l'âge de 15 ans « elle avait la sensation que partout où elle passait, elle n'était pas traitée comme tout le monde ».

L'esprit déjà tendu de ces sujets cherche à saisir partout, dans les conversations, dans les gestes, la mauvaise intention, la moquerie, l'offense. Ils prennent tout en mauvaise part. Ce sont, à ce moment, des interprétants.

Que survienne un revers, une contrariété forte, une émotion vive et l'anxiété augmente, les accusations se précisent et le malade ramène toutes ses interprétations au sujet de ses préoccupations. C'est la période de systématisation qui s'ouvre.

Cette période sera fertile en troubles sensoriels et en troubles cenesthésiques. A vrai dire, cette émotion forte, cause déterminante de la période aiguë, n'existe pas toujours. Il n'en est pas fait mention dans les observations que nous avons résumées.

Dans l'une de nos observations nous avons découvert un léger appoint alcoolique, dans l'autre d'abondantes hémorragies suivies d'anémie.

Nous montrerons dans un autre chapitre comment la phase prémonitoire se relie à la phase hallucinatoire et comment l'hallucination est le résultat du délire.

Nous ne ferons que décrire ici les troubles sensoriels et cenesthésiques qui caractérisent cette période de la maladie.

Ce sont surtout des hallucinations auditives, soit communes, soit verbales, soit psycho-motrices et aussi des troubles de la sensibilité générale sur la nature desquels nous nous expliquerons dans un autre chapitre. Nous devons dire ici comment apparait cliniquement l'hallucination.

MM. Sérieux et Capgras écrivent que l'hallucination du délirant chronique, commence par des troubles élémentaires, des bruits sans signification. Il nous semble que l'hallucination de l'ouïe peut être d'emblée verbale. Le malade entend son ennemi dire l'injure qu'il craint, la menace qu'il redoute. Un de nos malades entend dire à la jeune fille qu'il veut épouser : « Laisse-le donc, il n'en a pas. Il n'a pas de nature. Les enfants qu'il a ne sont pas les siens »,

Au même malade qui est socialiste et incroyant, on dit : « Il a beau faire, on l'aura quand même, et, s'il se marie, il ira à l'Eglise et communiera. »

Les hallucinations auditives simples peuvent se montrer en même temps que les hallucinations auditi-

ves verbales, ou bien ces deux variétés se succèdent immédiatement, Dans un de nos cas, le malade lutte contre les suggestions de ses ennemis qui abandonnent la partie en disant : « à tout à l'heure » et de rage ils font entendre le tintamarre d'un tambour, d'une grosse caisse et d'un phonographe.

Parfois en même temps que la voix qui attaque, l'halluciné écoute la voix qui prend son parti. Ce sont alors des dialogues auxquels le malade assiste anxieux. Un de nos malades entendait plusieurs personnes, réunies en un tribunal chargé de le juger, puis c'était le bruit d'une bagarre entre socialistes et catholiques.

La tension d'esprit du délirant se faisant plus forte, c'est sa propre pensée qui est objectivée. La voix de ses ennemis en est exactement l'écho : Ils prononcent ce qu'il pense ou bien on lui fait dire les injures, les paroles qu'il répugne à son honnêteté de prononcer (hallucinations psycho-motrices).

Les hallucinations que présentent ces malades se produisent partout, à toute heure, le jour et la nuit. Mais il faut remarquer qu'elles n'ont lieu que si les malades sont attentifs à leurs pensées. Nous n'avons jamais vu ces malades, au cours d'une conversation, écouter les voix de personnes invisibles, comme il arrive chez les hallucinés alcooliques, par exemple. Dès que leur attention est détournée, dès que leur activité psychique s'exerce sur un autre objet que sur leur délire, l'hallucination disparaît.

Les malades distinguent très bien les différentes

personnes qui leur parlent dans l'hallucination. Ils peuvent faire l'énumération de ceux qu'ils entendent. Les voix sont lointaines, imprécises. Une malade de M. Masselon les compare au son d'un phonographe. Un de nos malades écrit : « en m'abandonnant sans volonté sous l'influence de celui qui imite la voix de Ba... ». Ces voix n'ont donc pas la netteté, la clarté, la pureté de la parole articulée par les personnens présentes : elles n'en sont qu'une contrefaçon une *imitation*. Les malades savent pourtant localiser dans l'espace les voix qu'ils entendent, elles sortent de dessous terre, elles partent d'en haut, d'en bas, de droite, de gauche, etc.

Les hallucinations de l'ouïe tiennent la première place. On observe moins fréquemment des hallucinations de l'odorat, du goût, de la vue. Tandis que les premières ne font jamais défaut et constituent le symptôme essentiel de l'entité pathologique que nous décrivons, les autres, quand elles existent, sont secondaires ou passagères. Un de nos malades a présenté pendant un temps très court (quelques jours) des hallucinations olfactives et gustatives, qui n'ont pas reparu.

Si l'hallucination est le symptôme le plus important de la psychose hallucinatoire, les troubles de la sensibilité générale n'en sont pas moins constants : ils sont notés dans toutes les observations que nous rapportons. Ils sont divers, comme les hallucinations. Les plus fréquents portent sur la sphère génitale. Une malade est violentée par le radium : cela détruit les forces et les soutire dans la matrice. Un autre se plaint que

l'on veut l'épuiser et l'abattre en poussant à l'écoulement du sperme. Mais tous les organes, toutes les parties du corps peuvent subir les méfaits des persécuteurs. Le poumon est déchiré, engorgé, l'urèthre fermé ; l'intestin écrasé, éclaté ; les nerfs tordus, déchirés ; le cerveau meurtri, sectionné. Ou bien ce sont des décharges électriques, des fluides magnétiques, des rayons X, le froid, le chaud, dont souffrent les malades.

Beaucoup de troubles de la cenesthésie ont, à la base, un phénomène réel et doivent être regardés comme des interprétations. Une malade dit : Ils ferment le rectum ; les hémorroïdes font alors horriblement souffrir. Le fait existant est que les hémorroïdes font horriblement souffrir ; c'est parce qu'ils ferment le rectum, interprète la délirante. De même, si l'intestin ne fonctionne pas, c'est qu'il est paralysé par les schrappnells, conclut notre malade.

Traqué partout par des ennemis inlassables, le malade oppose diverses réactions. La plupart du temps, il adresse des plaintes à la justice, au préfet de police, au procureur de la République, au commissaire de police, au maire ; locataires, ils se plaignent auprès des propriétaires. Parfois ils veulent attaquer eux-mêmes leurs ennemis. Notre premier malade montait la garde chez lui avec un fusil et voulait tirer sur sa mère. Le même, fait une tentative de suicide, puis, s'enfuit de sa cellule et tente, à plusieurs reprises, de s'engager dans la légion étrangère.

Il peut arriver que les malades ne pouvant plus tenir

à l'assaut d'injures, ne trouvant pas d'issue à leur situation, tombent momentanément dans la dépression, pleurent et désespèrent d'être jamais débarrassés de leurs ennemis. Mais cet état de tristesse n'est que transitoire et ne convient pas au caractère de ces sujets que nous savons foncièrement égoïstes.

Voyant leurs plaintes inutiles, les méfaits continuer malgré tout, à s'exercer sur eux-mêmes, ces malades en arrivent à conclure avec une apparence de logique qu'on les persécute, parce qu'on les redoute. Ils ont, dès lors, une haute idée d'eux-mêmes. Ils cherchent et trouvent mille raisons à leur supériorité.

Nous n'avons pas observé ces idées ambitieuses dans nos deux cas, mais les observations que nous avons résumées les mentionnent et leur existence est logique.

Telles sont les étapes pour lesquelles passe le délirant halluciné. Durant les longues années de son évolution, ce sujet que nous avons vu d'abord tourmenté, inquiet, méfiant, querelleur, puis persécuté, interprétant tout en mauvaise part, puis créant lui-même des perceptions fausses en rapport avec son délire, grandissant enfin, dans sa propre estime, par cette conclusion que, si ses ennemis s'acharnent à sa perte, c'est qu'il est sans doute terriblement à craindre, ce sujet va-t-il sombrer dans la démence? Nous ne prétendons pas que cette détermination ne soit pas possible, surtout pour les délires mal systématisés : Nous pensons seulement qu'elle est rare, qu'elle est l'exception. Le délire hallucinatoire chronique ne se détermine pas souvent par la démence.

Dans toutes les observations que nous avons rapportées ces sujets restent jusqu'à la fin, bien orientés. Ils savent décrire leurs fausses sensations et les perceptions erronées de leurs sens. Ils parlent avec politesse, peuvent lire les journaux, prendre part aux conversations, s'occuper de divers travaux réclamant un peu d'attention. Leur mémoire, leur affectivité ne sont pas atteintes.

On a voulu rapprocher ces sujets des déments précoces, mais, entre ces deux catégories de malades les différences sont frappantes. Chez les déments précoces, le délire n'a aucune espèce de systématisation : ils présentent des stéréotypies, de la verbigération, de l'incoordination verbale, des néologismes. Ils restent fermés à tous les sentiments, se montrant satisfaits de leur séjour à l'asile. Ils ne sont pas plus capables de volonté que d'émotion. Ce sont des êtres passifs, combien différents de ceux que nous avons montrés attentifs, concentrés, vibrants sous l'insulte de leurs ennemis invisibles, adressant des plaintes dans des écrits qui ne manquent pas de logique, réclamant des poursuites avec insistance, protestant violemment contre leur internement.

Il faudrait plutôt comparer le délirant halluciné à l'interprétateur. Malgré des différences que nous ne croyons pas devoir indiquer ici, l'un et l'autre ont ce caractère commun : ils gardent une intelligence active. L'halluciné, comme l'interprétateur, se sert contre ses ennemis d'une dialectique serrée, est capable de discuter longtemps, de soutenir avec une logique déconcer-

tante l'exactitude de ses conceptions délirantes. L'halluciné, comme l'interpréteur, peut entretenir une conversation, en dehors du sujet de ses préoccupations, et il n'est pas exact que son attention puisse en être détournée par un appel soudain de ses ennemis imaginaires ; il ne les entend pas, dès que son esprit n'est pas tourné vers pensées intimes. — L'halluciné, comme l'interprétateur, ne perd rien de ses connaissances antérieures, il les utilises dans ses causeries avec ses camarades. — Si l'interprétateur et l'halluciné ne se présentent pas sous ce même aspect extérieur, le premier étant plutôt expansif, le second plutôt sombre, du moins l'un et l'autre ont une mise correcte, parlent avec politesse. Tous ces caractères communs permettent donc d'affirmer que l'halluciné, comme l'interprétateur, ne saurait être rangé parmi les déments.

Nous n'avons fait que classer dans ce chapitre les symptômes de la psychose hallucinatoire chronique. Les illusions, les interprétations, les hallucinations, les troubles de la cenesthésie, se révèlent à l'examen du malade, dans un ensemble touffu. Ils ne se succèdent pas dans l'ordre que la nécessité de la description nous a fait adopter. Mais il n'en reste pas moins que la psychose hallucinatoire chronique passant par une période prémonitoire d'interprétation, aboutit à la période de floraison par l'éclosion des hallucinations et des troubles de la cenesthésie, qu'il présente souvent des idées ambitieuses et qu'il ne conduit qu'exceptionnellement à la démence.

Les causes du délire

Le tempérament paranoïque. — L'involution sénile

Le délire hallucinatoire est avant tout un délire constitutionnel. Il éclot sur le tempérament paranoïaque.

Nous savons déjà quelles modifications du caractère accompagnent l'apparition du délire. Nous devons à présent remonter à l'origine première du délire et étudier cette constitution spéciale sur laquelle il va prendre naissance. Il est possible en effet, de découvrir, dans le caractère antérieur des malades, certains vices de l'esprit qui, s'exagérant et s'amplifiant, produiront le délire.

Déjà en 1878, M. Fabret écrivait : « Le délire de persécution est une maladie constitutionnelle, c'est-à-dire qu'elle semble remonter à l'époque de la puberté. Dès le collège, en effet, on remarque des jeunes gens tristes, ombrageux, soupçonneux et qui diffèrent en cela de tous leurs camarades. Ce sont ces jeunes gens qui deviennent persécutés. Le délire remonte très haut dans la vie de ces malades ; il se forme peu à peu, par un

travail souterrain et très lent et l'on peut dire qu'il y a longtemps que la maladie existe lorsqu'elle a été observée pour la première fois. »

A la discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique, et qui porta sur le délire chronique, M. Séglas, répondant aux arguments de M. Magnan, trouvait dans le caractère antérieur la prédisposition au délire et il développa encore ses idées plus tard dans ses « Leçons cliniques ». Il démontrait que le délire n'était que « l'exagération, le développement progressif des tendances natives particulières. »

Ces idées de MM. Fabret et Séglas contiennent le germe de la Paranoïa qui se développa ensuite en Allemagne et en Italie, puis revint en France pour être adoptée par un grand nombre d'aliénistes parmi lesquels il faut citer MM. Dupré, Arnaud, Gilbert-Ballet et Regis.

Récemment, M. Masselon a poussé très loin l'étude de la psychologie du délirant halluciné. Il définit les Paranoïaques : « des esprits faux qui unissent une véritable perversion du jugement à une exagération du sentiment de leur propre personnalité et à une hypertrophie de leur susceptibilité. »

Il existe, en, effet, par le monde, des esprits faux qui ne jugent pas les choses ainsi que le commun des hommes, qui considèrent tout d'un point de vue égocentrique. De telles gens interprètent tout en mauvaise part, se plaignent qu'on n'a pas, pour eux, tous les égards qui leur sont dus. Ils donnent, aux opinions que l'on peut

émettre, un sens préjoratif et aux paroles insignifiantes, une origine toujours défavorable. La contradiction est pour eux de l'hostilité ; Ils n'admettent guère la discussion courtoise ; si l'on ne pense pas comme eux, c'est que l'on pense contre eux. De l'indifférence, ils font de la méchanceté. Même s'il arrive qu'on leur adresse des louanges, ils y recherchent et y trouvent l'ironie et la moquerie.

Les paranoïaques ne sont jamais satisfaits, ils ne possèdent jamais le calme de l'esprit. Tout imbus du sentiment de leur personnalité, ils ne trouvent jamais dans les actes des autres, dans les paroles qu'on leur adresse, dans les affections qu'on leur voue, la sérénité qu'un jugement sain leur apporterait.

Aucune pondération n'existe dans l'esprit des paranoïaques. La moindre coïncidence est matière à constructions. Scrutateurs, recherchant les raisons des choses les plus futiles, ils édifient des syllogismes en apparence impeccables.

Ces sujets sont extérieurement sombres, ils paraissent toujours tournés vers leurs pensées. Ils fuient toute compagnie, parce qu'ils ont conscience qu'ils sont différents des autres, parce qu'ils se savent inaptes à vivre comme tout le monde.

Ils ont aussi, pour le reste des hommes, du mépris. Egoïstes, ils sont vaniteux, pleins d'eux-mêmes. Ils tirent de tout ce qu'ils interprètent, les conclusions qui leur sont favorables. C'est ainsi qu'ils deviennent prétentieux et arrogants.

La réalité est donc perçue, singulièrement déformée, par ces individus qui sont dépourvus du sens critique. Il n'en faudrait pas conclure qu'ils ne peuvent pas posséder d'autres dons de l'esprit. Par quelques facultés supérieurement développées, ils sont susceptibles de se distinguer des autres, et, ces facultés pourront se garder intactes de toute désagrégation, malgré l'évolution du délire.

Nous ne voulons pas dire que les paranoïaques auront toujours ces qualités de l'esprit, à côté du même défaut constant. Il existe parmi eux des débiles. Mais tandis que, chez ces derniers, le délire garde la marque d'une misère intellectuelle, chez les autres nous le trouverons riche et bien systématisé.

Quel que soit le degré de développement intellectuel, ces sujets ne sont pas moins des paranoïaques par leur constitution.

A côté des cas où le délire est bien d'origine constitutionnelle, il en est d'autres cependant où il paraît, en partie, acquis.

Dans un de nos cas, par exemple, nous n'avons pas trouvé trace de la constitution paranoïaque. Les renseignements que nous avons recueillis ont été précis et affirmatifs. Ils nous apprennent qu'avant le délire, notre malade était gaie, enjouée, pas nerveuse, pas impressionnable, supportant bien les circonstances difficiles de la vie, pas pessimiste du tout. C'est après d'abondantes hémorragies utérines survenues à l'âge de 56 ans qu'elle est devenue tout à coup anxieuse, soupçonneuse, inquiète,

prenant tout au pire. En un mot, notre malade a acquis, à l'époque de la vieillesse, le tempérament paranoïaque que nous avons décrit chez les candidats au délire hallucinatoire de la puberté.

Quel que soit le rôle favorisant que l'on accorde aux hémorragies sérieuses qu'a présentées notre malade, c'est, nous n'en doutons pas, l'involution sénile qui a provoqué cette tendance à l'interprétation. On connaît le caractère méfiant, soupçonneux, du vieillard qui se plaint sans cesse qu'on n'a pas assez d'affection pour lui, qui accuse ses proches de ne lui marquer que de l'indifférence. Egoïste ou jaloux ou avare, le vieillard possède bien cette mentalité encline à bâtir des syllogismes faux ou à établir entre les faits, des enchaînements qui pèchent par la base.

Très imbu de lui-même, très susceptible, le vieillard prétend être le plus raisonnable, alors même qu'il ne juge plus les choses qu'à travers le sentiment exagéré de sa personnalité. Mais il a conscience qu'il est le plus faible, qu'il ne saurait prétendre imposer de force ses arguments ou ses fantaisies. Aussi trouvons-nous au fond de cette mentalité : la résignation. Sachant qu'il ne peut être le maître, le vieillard bat en retraite.

Si donc le vieillard qui possède cette mentalité entre dans le délire, il s'y comportera d'une façon particulière. Ce seront certes les mêmes idées de persécution étayées sur des hallucinations, des troubles de la cenesthésie : ce sera la même systématisation du thème délirant. Mais les réactions vives que le délirant de la puberté ou de l'âge mûr oppose, nous ne les observerons plus ici.

Nous aurons affaire à une *variété résignée* du délire systématisé hallucinatoire.

Qu'il survienne dès la puberté ou à la maturité, comme il arrive le plus souvent, chez ces sujets sombres, repliés sur eux-mêmes, insociables, aussi imbus d'eux-mêmes que mécontents des autres ; qu'il apparaisse comme une forme de l'involution sénile, le délire n'apparaît pas d'emblée. Des causes occasionnelles, déterminantes, sont parfois saisissables. L'alcoolisme, qui se trouve à l'origine de tant d'autres psychoses, peut déclancher la psychose hallucinatoire chronique. Nous avons signalé cet appoint alcoolique chez un de nos malades.

Les maladies physiques, les hémorragies, toutes les causes de débilitation de l'organisme peuvent amener l'éclosion de la psychose. Mais ce sont là des causes secondaires chez des sujets qui possèdent déjà la prédisposition constitutionnelle, ou chez des vieillards qui ont acquis le tempérament paranoïaque.

L' « Hallucination »

L'hallucination est le symptôme capital de la psychose hallucinatoire et c'est autour de lui que l'on a surtout discuté, soit que l'on ait voulu ramener l'hallucination à l'une des nombreuses théories émises à ce sujet, soit que l'on ait voulu faire de sa présence un élément de pronostic.

Devant examiner dans un prochain chapitre la valeur pronostique de l'hallucination, nous nous appliquerons ici à établir quelques caractères de l'hallucination du paranoïaque. L'article très approfondi de M. Masselon sur la même question, nous servira de guide (1).

Nous différencierons d'abord l'hallucination de l'intoxiqué (de l'alcoolique par exemple) de celle du systématisé.

Dans une deuxième partie, nous rechercherons l'origine et la nature de l'hallucination du systématisé.

Il est banal de constater la prédominance de l'halluci-

(1) Journal de Psychologie normale et pathologique, novembre 1912.

nation de la vue chez l'alcoolique. Nous ne nous y arrêterons pas.

De quel sens qu'ils soient hallucinés, l'intoxiqué et le systématisé sont bien différents par leur habitus extérieur.

Nous connaissons déjà ces sujets sombres, concentrés sur eux-mêmes, qui écoutent leurs voix, à l'écart des autres, mais qui sont susceptibles de revenir à la réalité dès qu'on leur adresse la parole. Telle malade que nous observons, se tient toujours isolée, s'occupe de menus travaux, écoutant cependant les propos injurieux auxquels elle répond par des insultes ou des gestes. Si l'on interpelle cette malade, elle prétend qu'elle n'a pas entendu de voix et s'étonne de la question qu'on lui pose. C'est qu'elle n'a qu'une vague conscience des phénomènes étranges qu'elle présente. Les voix entendues n'ont pas un caractère d'objectivité assez évident : ces hallucinations ne s'imposent pas avec violence ; elles sont silencieuses, insinuantes.

L'alcoolique, au contraire, est le jouet de ses hallucinations. Celles-ci s'imposent à lui avec tant de force, elles sont si vives qu'elles font de lui un être terrifié par l'approche du malheur ; il nous apparaît l'oreille tendue, les yeux fixés vers l'endroit où il situe son ennemi, fuyant, se jetant n'importe où, cassant les carreaux, quand l'ennemi se trouve là, derrière la fenêtre.

Point n'est besoin de lui demander des explications sur les phénomènes qu'il éprouve, lui-même va vous raconter son histoire abracadabrante avec un luxe inouï

de détails, il vous demandera si vous voyez pas ou n'entendez pas, comme lui, ceux qui le traquent. Ses représentations mentales sont précises et intenses à l'égal de sensations véritables. Aussi voyons-nous — chez les alcooliques — des réactions très vives. Pour le moins nous les entendons crier de toute leur voix ou menacer avec des gestes violents.

Telles ne sont pas, nous le savons, les réactions du délirant systématisé.

Celui-ci répond également aux injures, mais c'est à voix basse ou à peine articulée. Peut-être, la nuit, les représentations de l'esprit se faisant plus vives, les réactions sont-elles plus fortes. Une de nos malades qui reste calme dans la journée, prononce des injures à voix haute, la nuit.

Nous savons que ces délirants systématisés n'ont des hallucinations que s'ils sont retirés des autres et livrés à leurs pensées, nous ne devons pas être surpris si, la nuit, lorsqu'ils sont le plus absorbés par leurs conceptions délirantes, celles-ci deviennent plus pressantes et créent des réactions plus fortes. De plus, ces hallucinations étant le résultat d'un raisonnement, construit sur des données erronées, quoi d'étonnent si ce raisonnement se fait alors plus impérieux et commande une réponse plus vive aux voix entendues plus nettement.

Non issue d'un raisonnement, l'hallucination de l'alcoolique n'a pas la même logique apparente. Elle garde un caractère d'invraisemblance propre aux contes merveilleux.

« Je voyais, disait un malade, des spirites qui voyageaient autour de mon lit. Je voyais une femme avec une baguette magique et une plaque. Quand elle frappait sur la plaque, ça réglait tout. Cette femme était bien mise, en gris ; elle me dit de belles paroles... Je voyais aussi des femmes belles et intelligentes qui se déplaçaient le long du mur ; elles faisaient tout claquer dans la maison, puis elles s'en allaient par la cheminée ».

Une autre malade nous faisait assister à des scènes aussi étranges mais plus angoissantes : un individu lui avait dérobé son livret militaire et avait commis de nombreux crimes et délits sous son nom. Notre malade se voit, un jour, poursuivi par la police secrète et arrêté au coin d'un bois. On allait l'exécuter, quand les gendarmes arrivèrent avec le vrai coupable, puis ils lui ont fait boire de la bière, puis ils l'ont fait uriner, etc., et notre malade met beaucoup de vivacité à raconter tout un tissu d'invraisemblances.

Les hallucinations du délirant systématisé ne présentent pas la même étrangeté. Elles ne surgissent pas isolées, sans enchaînement. Elles résultent du délire dont elles ne sont que « l'épanouissement et la justification » (Masselon).

Nous savons, en effet, que le délire systématisé débute par une phase d'inquiétude pendant laquelle le thème délirant s'élabore.

Cette phase prémonitoire, d'une durée plus ou moins longue, est faite surtout d'interprétations. L'esprit toujours tendu recherche et trouve partout l'injure, la me-

nace, la marque de mépris, l'hostilité. Le délire n'est pas encore ramassé ni systématisé. L'hallucination survient. C'est la voix intérieure qui s'est objectivée. L'injure redoutée est à présent entendue véritablement. Les ennemis se sont déclarés : ils parlent.

La phase d'incertitude est passée ; l'évidence du délire éclate. L'hallucination est l' « eureka du systématisé » ; elle apparaît comme fatale dans l'évolution de la psychose.

Plus convaincu de la véracité de ses persécutions, le malade oppose des réactions plus nettes, formule des plaintes plus précises. Puisque sans aucun doute, on s'acharne après lui, il se défend.

Tous ces faits démontrent qu'il faut distinguer plusieurs formes d'hallucinations. Les unes sont des phénomènes d'origine toxique, elles sont le résultat d'une excitation d'un centre cérébral.

Les autres, au contraire, ont une origine beaucoup plus complexe. C'est à ce groupe qu'appartiennent les hallucinations du systématisé. Elles n'ont aucun caractère commun avec les hallucinations des délires toxiques et ne peuvent en être rapprochés.

Il nous faut chercher ailleurs leur origine et leur nature.

Souvenons-nous que nous avons affaire à des sujets sombres, repliés sur eux-mêmes, dont l'attention toute entière est retournée vers la parole intérieure : ils se regardentpenser. Ces sujets sont des interprétants. Mais tandis que les interprétants simples, comme nous le verrons.

plus tard, portent leur raisonnement sur des données sensorielles, ceux que nous considérons à présent passent leurs propres pensées au crible de leur faux jugement.

Nous avons saisi le mode d'éclosion de l'hallucination chez une de nos malades. Mme K..., dont nous avons rapporté l'observation plus haut, prononce un jour une phrase sans y avoir réfléchi. Elle interprète immédiatement ce phénomène d'irréflexion en l'attribuant à ses ennemis. Ce sont eux, qui la font parler.

L'hallucination est donc le résultat d'une interprétation appliquée à des phénomènes psychiques.

Les pensées ne sont plus identifiées par la conscience des malades. Il se passe, comme dit M. G. Ballet, un dédoublement de la personnalité. Ce travail de l'esprit par lequel nour ramenons toutes nos pensées à notre conscience, ne se fait plus ici.

Ce qui existe chez ces malades, ce sont des pensées en rapport avec le délire. Mais il y a absence d'autocritique s'exerçant sur ces pensées. Les malades ne s'aperçoivent pas du caractère maladif de ces pensées, ils ne savent pas les attribuer à leur propre conscience ; ils les attribuent à leurs ennemis.

Le délire est donc antérieur, il est l'expansion, l'exagération du tempérament paranoïaque. Il commence par des interprétations, mais, déjà délirant, l'interprétant n'est pas encore halluciné. L'hallucination naîtra le jour ou les pensées ne seront plus assimilées à la conscience.

L'esprit du sujet conçoit les injures, les menaces,

dont il est logiqne qu'il soit assailli par les persécuteurs inventés par sa mentalité maladive. Mais il n'a pas conscience que c'est lui-même qui crée les menaces et les injures. C'est à ses ennemis qu'il les attribue.

Nous saisissons donc avec quelle progression évolue le délire, comment il aboutit à l'hallucination. Nous observons d'abord des sujets sombres, inquiets, insatisfaits, ayant vaguement conscience d'un malaise qu'ils ne peuvent définir, ils souffrent d'un véritable sentiment d'incomplétude. Ils ne sont pas encore délirants. Le délire se produira quand ces sujets chercheront une explication à ce malaise, ils commenceront par interpréter les paroles et les gestes auxquels ils assisteront. La tendance primitive aura pris corps et peu à peu le délire se construira. L'invention du sujet élaborera des idées ayant une logique apparente. Ces idées occuperont ensuite toute la mentalité du malade, Après s'être exercée sur des faits sensibles, les interprétations porteront sur les pensées que le malade ne sait pas ramener à sa propre conscience.

Telle est l'origine de l'hallucination du systématisé.

Différentes circonstances favorisent l'éclosion de l'hallucination. Sans aucun doute, l'alcool, même lorsqu'il n'y a pas intoxication habituelle, peut la provoquer. Mais le sommeil est surtout propre à son apparition, et, avec le sommeil, le demi-sommeil ou même l'état de veille pendant la nuit. Tel malade fera entrer ses rêves, ses cauchemars dans son délire. Tel autre commencera à percevoir la voix de ses ennemis dans cet

état intermédiaire à l'état de veille et à l'état de sommeil : ce malade présentera alors des hallucinations dites *hypnogogiques*.

Nous avons déjà vu que chez certains malades les hallucinations deviennent plus nombreuses la nuit, alors que nulle préoccupation extérieure ne détourne l'attention du malade. L'hallucination peut survenir dans de telles circonstances. Il pourra même arriver que ces hallucinations soient d'abord discrètes, le malade pourra réfuter, le jour, les hallucinations apparues la nuit ; mais peu à peu la suggestion se fera plus forte ; l'individu n'opposera plus de résistance ; l'hallucination s'imposera et s'installera définitivement.

L'invasion peut être brusque et le malade ne garder aucune incertitude. C'est alors sous l'influence d'une émotion vive, de la peur, de l'enthousiasme et peut-être aussi de l'alcool, que l'hallucination éclate. Chez un individu déjà méfiant qui guette partout l'embûche, il suffit d'une stimulation plus vive pour troubler le travail de synthèse morale qui s'opère dans l'esprit et fasse apparaître comme la réalité des conceptions purement imaginaires. Cet état d'éréthisme intellectuel peut expliquer la naissance de l'hallucination sur un léger état d'excitation comme M. Masselon en a publié un cas (1).

Quelles que soient les causes déterminantes de l'hallucination, celle-ci n'en est pas moins le résultat d'un travail antérieur.

---

(1) Les psychoses associées. Ann. méd. psych. mai 1912.

On peut donc, avec M. Blondel, appeler les hallucinations de ce genre, des *allucinations actives*, les opposant aux *hallucinations passives* des alcooliques et des intoxiqués qui se déroulent à la façon d'un kaléidoscope.

Il nous suffit d'avoir montré combien l'hallucination de l'intoxiqué diffère de celle du systématisé. Tandis que la première tire son origine d'un état d'excitation cérébrale, la seconde apparaît à l'analyse comme l'interprétation de phénomènes psychiques déjà morbides. Elle ne survient qu'après le délire et ne fait que le compléter.

DIAGNOSTIC & PRONOSTIC

Nous connaissons maintenant tous les caractéres de psychose hallucinatoire chronique, son évolution, sa genèse et ses causes.

Nous avons établi le mécanisme de l'hallucination. Nous avons vu comment ce délire prend sa source dans le tempérament originairement vicié de ces sujets sombres, méfiants, se tenant toujours sur leur garde. Nous savons comment, sur ce fonds d'inquiétude, naissent d'abord des interprétations, comment cette tendance primitive s'enracine et provoque l'hallucination sous l'influence éventuelle de certaines causes déterminantes : l'alcool et la sénilité principalement. Nous avons montré que le délire, né dans ces conditions, est fortement systématisé et que malgré la longueur de son évolution il n'aboutit pas, aussi souvent qu'on a pu le dire, à la démence.

Nous pouvons donc différencier ce délire de différents autres qui ont avec lui quelques analogies plus ou moins lointaines. Nous passerons rapidement en revue, la mé-

lancolie, le délire des dégénérés, l'hallucinose, les délires toxiques, la démence précoce. Nous insisterons davantage sur la démence paranoïde. Nous verrons, après cette énumération, que l'élément principal de diagnostic et surtout de pronostic ne doit pas être cherché dans la présence de l'hallucination mais bien plutôt dans la systématisation du délire.

Toutes ces psychoses sont en effet hallucinatoires et nous montrerons que leur mode de terminaison est très différent.

Le délire mélancolique possède un état mental qui s'éloigne de celui du paranoïaque. Le délire se greffe sur un état de douleur morale. L'esprit du mélancolique se concentre de plus en plus sur des idées pénibles et l'hallucination apparaît. Mais le délire garde un caractère polymorphe, variable, mobile. Nous sommes loin de la logique apparemment impeccable par laquelle le délirant systématisé justifie ses persécutions.

L'hallucination est tout dans cette psychose que l'on décrit, depuis peu, sous le nom d'*hallucinose*. On n'y constate pas d'origine constitutionnelle. L'hallucination y apparaît d'emblée isolée. Le délire ne possède aucune systématisation : il ne subsiste que par l'hallucination. Une malade de ce genre que nous observons, entend son mari et ses parents qui sont dans un souterrain, cherchant une issue pour venir jusqu'à elle. Ils ne lui disent qu'une chose : c'est qu'ils vont venir la voir et l'emmener avec eux. Les hallucinations n'ont aucun caractère pénible. D'ailleurs cette malade ne se

montre pas inquiète ; elle est certaine que son mari parviendra jusqu'à elle ; elle attend avec confiance. La présence de l'hallucination rapproche seule l'hallucinose du délire systématisé hallucinatoire. Mais, tandis que dans ce dernier, elle est le résultat du délire, dans la première elle ne suppose aucune préparation antérieure. Enfin et surtout l'hallucinose ne comporte pas d'interprétation, tandis que les interprétations sont nombreuses dans la psychose hallucinatoire.

On a maintes fois comparé le délire systématisé hallucinatoire avec certains états constitués par l'éclosion d'un délire polymorphe, formé d'idées de persécution, de grandeur, des idées mystiques ou hypochondriaques, bref toutes les idées délirantes possibles sous l'influence d'un accès d'excitation ou de dépression. C'est ce délire que les auteurs allemands dénomment Paranoïa. C'est celui qui correspond au délire des dégénérés de M. Magnan. Ce sont des associations de psychose maniaque dépressive et de paranoïa. La psychose maniaque dépressive commande l'évolution. C'est ce qui explique que ces délires se présentent par accès (bouffées délirantes de M. Magnan) et qu'ils aient la même évolution que la folie périodique.

On le voit, l'aspect climique de ces délires ni leur évolution ne peuvent se rapprocher que de loin de la psychose hallucinatoire chronique.

On ne peut pas comparer davantage les délires toxiques avec la psychose hallucinatoire chronique. Nous avons déjà longuement différencié les hallucinations du systé-

matisé de celles de l'intoxiqué. Qu'il nous suffise de rappeler les caractères de force, de vivacité, de précision de ces dernières s'opposant au vague, à l'imprécision des premières, celles-ci étant le résultat d'une longue élaboration antérieure.

Même s'ils sont systématisés, les délires toxiques paraissent toujours invraisemblables et bizarres. C'est que le délire et les hallucinations sont le fruit de l'imagination excitée par le poison.

Ce caractère d'absurdité rapproche les délires toxiques de la démence précoce qui a, peut-être, une origine toxique.

Ce qui caractérise essentiellement des déments précoces, c'est l'indifférence, la perte de tous les sentiments, l'incuriosité, le manque de réaction, l'incohérence progressive, l'inattention. Ces quelques mots en disent assez pour différencier ces états du délire hallucinatoire systématisé dans lequel la forte organisation du délire montre, au contraire, que l'esprit est extrêmement actif, que toutes les forces sont tendues pour élaborer un ensemble de conceptions qui témoignent et de sa puissance d'attention et de sa réactivité affective.

Les psychoses que nous venons d'examiner présentent des caractères bien tranchés qui ne permettent pas la confusion avec le délire systématisé hallucinatoire.

La démence paranoïde prête davantage à la discussion, car nous trouvons ici des points de rapprochement plus frappants. Nous montrerons pourtant des différences essentielles.

Sous le nom de démence paranoïde, nous comprendrons, avec M. Masselon. « un certain ensemble de délires plus ou moin bien systématisés qui évoluent assez rapidement vers l'affaissement démentiel des facultés intellectuelles . » (1)

La démence paranoïde évolue, comme la psychose hallucinatoire, sur le tempérament paranoïaque, mais enté sur un fond de débilité mentale, avec indigence d'esprit et pauvreté d'imagination. On peut donc considérer ces malades comme des dégénérés.

Ces caractères font déjà prévoir les symptômes psychiques des déments paranoïdes. Le principal élément de diagnostic tient dans l'affaiblissement intellectuel, c'est lui qu'il faut dépister, car il va régler la nature et l'évolution du délire. Celui-ci peut être bien systématisé au début. Il a rarement la précision du délire hallucinatoire que nous étudions. En tous cas, on voit bientôt apparaître des signes de désagrégation. Les idées sont diffuses et ne s'accordent plus entre elles. Le lien qui les unissait devient de plus en plus lâche. Bientôt on constate des absurdités, un désaccord entre les idées et les sentiments. L'incohérence caractérise leur délire.

Pourtant, même si leurs idées délirantes sont diffuses et sans lien saisissable, leur langage est encore coordonné, leur orientation est bonne. Ces malades s'a-

---

[1] Masselon. — Les délires hallucinatoires chroniques. Encéphale. Février 1910.

perçoivent de ce qui se passe autour d'eux et peuvent raconter leurs occupations, leurs besoins.

La même tendance à la désagrégation caractérise l'hallucination des déments paranoïdes. Les voix qu'ils entendent n'ont plus de signification précise : ce sont toujours les mêmes paroles incohérentes qui reviennent dans ces hallucinations. Les malades s'arrêtent parfois au milieu d'une conversation, pour écouter la voix. « Il semble, dit M. Masselon, qu'il s'agisse là surtout d'une sorte d'automatisme verbal, dont ils apprécient mal la nature ».

Ces considérations corroborent l'opinion de M. Gilbert-Ballet, pour qui « la psychose hallucinatoire chronique est une maladie qui consiste essentiellement dans la désagrégation de la personnalité » (1).

L'hallucination, comme le délire, se désagrège donc, et c'est la caractéristique de cette démence. M. Masselon, après Kræpelin, insiste dans ce sentiment qu'éprouvent beaucoup de ces malades, d'être damnés, d'être sous l'influence d'une personnalité étrangère ». C'est que, par cette idée, le malade exprime la conscience vague d'un affaiblissement tendant à la démence.

Et par démence, il ne faudra pas comprendre ; absence totale d'activité intellectuelle. Les malades conservent un certain degré d'orientation et de coordination des actes ; ils ne sont pas comparables aux idiots plongés dans la nuit intellectuelle.

(1) G. Ballet. La Psychose hallucinatoire et la désagrégation de la personnalité. Encéphale, 10 juin 1913.

En résumé, la psychose hallucinatoire et la démence paranoïde se développent sur le même tempérament paranoïaque : les deux délires sont systématisés et hallucinatoires. Mais nous avons vu que la systématisation du délire paranoïde n'est pas rigoureuse ni surtout durable et, conséquemment, que les hallucinations de ce délire offrent le même caractère d'incohérence. Aussi sommes-nous prêt à affirmer que, dans la psychose hallucinatoire, le pronostic ne dépend pas de la présence de l'hallucination mais est bien plutôt en rapport avec le degré de systématisation.

Il ne suffira donc pas, pour affirmer que le délire aboutira à la démence, d'y révéler la présence des hallucinations. On devra s'appliquer plutôt à y déceler les signes de désagrégation du délire. Si celui-ci s'affirme moins nettement, si la trame du système délirant se montre plus diffuse et d'apparence moins logique, si l'on découvre l'imprécision ou la variété, ou l'extravagance, ou l'absurdité des inventions délirantes, on sera alors en droit d'attendre une terminaison plus ou moins lointaine dans la démence.

Si, au contraire, la systématisation apparaît rigoureuse, si le sujet fait preuve de logique dans ses déductions délirantes, c'est que la psychose ne progressera pas jusqu'à la démence.

ESSAI NOSOGRAPHIQUE

Les considérations historiques qui ont ouvert cette étude nous ont montré comment l'autonomie avait été accordée à la psychose hallucinatoire chronique. Mais les opinions divergent quand il s'agit de lui donner une place dans la classification des psychoses. Quelques-uns considèrent ce délire hallucinatoire comme acquis et accidentel et l'opposent au délire d'interprétation ou de revendication psychose constitutionnelle. D'autres pensent que l'une et l'autre maladie évoluent sur le même terrain congénital et font voisiner dans la classification des psychoses ces deux unités pathologiques.

Nous nous rallierons à cette dernière conception.

Nous avons vu en effet que le délire hallucinatoire se développe sur le tempérament paranoïaque. C'est dans ce tempérament que prennent leur point de départ le délire hallucinatoire et le délire d'interprétation.

Ne savons-nous pas d'ailleurs que le délire hallucinatoire ne bâtit d'abord des conceptions paradoxales que sur des interprétations.

L'hallucination, du reste, n'apparaît que lorsque ce

délire est confirmé : elle en est la conséquence et non pas l'origine. Il en est de même de l'interprétation ; celle-ci n'est pas davantage le phénomène primitif.

C'est d'abord le caractère méfiant, ombrageux, qui attire l'attention ; il n'est qu'une prédisposition à l'interprétation. Le délire ne commencera que le jour où cet état mental, originairement vicié, cherchera et découvrira dans les faits observés par lui, quelque preuve d'hostilité. La cristallisation sera faite. Le délire n'aura plus qu'à se développer, puisque l'esprit est, dès ce moment, accaparé tout entier et recherche désormais partout la mauvaise intention. Le raisonnement faux établira mille relations bizarres entre les faits les plus normaux. Les données des sens seront déformées, contrefaites. La réalité extérieure n'apparaîtra qu'à travers le prisme de cette tendance égocentrique.

Le mécanisme de l'hallucination est, nous le savons, identique. L'état mental apparaît, là, plus foncièrement vicié. La personnalité est dissociée, comme dit M. Gilbert-Ballet. Le malade ne discerne plus les sensations des conceptions enfantées par ses sentiments. L'interprétation, au lieu de se produire à propos de phénomènes sensibles, s'exerce dans le domaine des propres pensées du malade.

Le processus est donc le même. Ce qui le prouve, c'est que le délire hallucinatoire débute par de nombreuses interprétations et ce n'est que lorsque celles-ci sont déjà ramenées à un système délirant que l'hallucination apparaît. N'observons-nous pas d'ailleurs chez

les délirants hallucinés de nombreuses interprétations des données sensibles ?

Et les troubles cénesthétiques éprouvés constamment par les malades ne peuvent-ils pas être ramenés à des interprétations de troubles réels? Nous l'avons observé dans un de nos cas personnels.

Nous saisissons bien l'identité du mécanisme d'hallucination et de l'interprétation. Il n'en n'est pas moins vrai que, chez l'halluciné, la personnalité est plus atteinte. Ici, la conscience est accaparée par le délire. Le délirant halluciné est plus profondément aliéné que le simple interprétant. Mais il n'y a là qu'une question de degré. L'interprétant est sur le chemin de l'hallucination ; il n'y arrivera pas, la plupart du temps. Il nous reste à dire pourquoi.

Bien qu'ils aient la même tendance au paradoxe, bien que l'un et l'autre déforment les faits qui leur arrivent par le canal des sens, il existe une différence essentielle entre l'interprétant et l'halluciné.

Considérons leur attitude extérieure. L'halluciné est sombre, retiré des autres ; il se méfie et n'adresse pas volontiers la parole. Il ne répond d'ailleurs souvent pas sans réticence, quand il ne refuse pas absolument de répondre aux questions qu'on lui pose. Son esprit reste replié sur ses pensées.

L'interprétateur au contraire se montre expansif. Telle malade que nous observons journellement et qui reste, dans notre esprit, comme le type de l'interprétateur, est la première qui se lève quand nous entrons

dans la salle, qui nous adresse la parole et nous raconte tous les faits qu'elle interprète. Cette malade cause le plus volontiers : elle ne répond pas seulement aux questions qui lui sont faites, elle interroge elle-même. Son esprit est sans cesse tourné vers ce qui l'entoure et il tire des faits ordinaires de nombreuses interprétations.

La dissemblance de ces deux caractères nous explique comment l'un, le concentré, le replié sur lui-même, est susceptible de devenir halluciné par ce que l'interprétation portera sur ses propres pensées ; comment l'autre, l'expansif, l'observateur de l'extérieur, se contente d'appliquer aux données des sens la fausse logique de son esprit.

Nous venons d'expliquer l'origine commune du délire d'interprétation et du délire hallucinatoire. Ils offrent encore d'autres analogies.

Le délire de l'halluciné possède la systématisation du délire d'interprétation, du délire de revendication et du délire d'imagination. L'un comme l'autre est l'exagération et l'expansion du tempérament : le délire est construit logiquement.

D'ailleurs, si l'activité du malade s'exerce sur un sujet autre que son délire, la logique mentale paraît alors bien conservée et le raisonnement ne présente aucune défaillance ni aucune défectuosité.

Ce sont là des analogies importantes. Le délire systématisé hallucinatoire nous paraît bien de même nature que le délire d'interprétation, puisque l'un et l'autre trouvent leur origine paranoïaque, puisque les halluci-

nations et les interprétations naissent par un mécanisme identique, puisque les deux délires sont aussi fortement systématisés, puisque les deux délirants font preuve de la même logique mentale.

Mais le point de rapprochement le plus intéressant concerne l'évolution. Ni l'un ni l'autre délire n'aboutit à la démence. L'halluciné systématisé n'est jamais plus affaibli que par l'interprétateur systématisé.

A l'appui de cette hypothèse et à l'encontre de l'opinion qui, se basant sur une évolution toujours démentielle du délire hallucinatoire, veut englober celui-ci dans la démence paranoïde, on peut faire valoir également que la démence paranoïde ne revêt pas toujours une forme hallucinatoire. Nous observons actuellement une malade atteinte du délire d'interprétation, qui n'a jamais présenté que des interprétations et dont le délire est cependant actuellement très désagrégé. M. Masselon a publié jadis une observation analogue (1).

C'est la contrepartie de la théorie que nous soutenons ici.

Non seulement il existe des délires hallucinatoires qui n'évoluent jamais vers la démence, mais encore il existe des délires d'interprétation qui évoluent vers la démence. L'hallucination n'a donc pas la signification qu'on a voulu lui donner et rien n'empêche, révisant la classification adoptée par Krœpelin de rapprocher la pscychose hallucinatoire chronique du délire d'interprétation, pour les placer, côte à côte, dans le groupe des délires systématisés qui naissent et évoluent sur le terrain paranoïaque.

---

(1) Les délires hallucinatoires chroniques. Enceph, février 1913.

CONCLUSIONS

I. — La psychose hallucinatoire chronique est une psychose constituée cliniquement par des idées délirantes bien liées, formées d'abord d'interprétations, puis d'hallucinations diverses, mais le plus souvent auditives, de troubles de la sensibilité générale et, parfois, tardivement, d'idées d'ambition et de grandeur.

Malgré ces troubles les malades gardent un esprit extrêmement actif. Dans la plupart des cas, leur mémoire est intacte, leur attention, leur affectivité, leur faculté syllogistique ne laissent pas à désirer. En général, ces facultés ne s'affaiblissent pas et le malade ne tombe pas dans la démence.

II. — C'est une psychose d'origine constitutionnelle. Elle se développe dans la plupart des cas chez des sujets extérieurement sombres, repliés sur eux-mêmes qui

unissent une perversion du jugement à un sentiment exagéré de leur personnalité et à une hypertrophie de la susceptibilité.

Elle prend naissance quelquefois, comme nous l'avons observé, chez des vieillards qui ont acquis en partie à l'époque de l'involution sénile, ces tendances paranoïaques. Parfois, on aura affaire, dans ce cas, à une variété résignée du délire.

Parmi les causes déterminantes on peut rencontrer l'alcoolisme, les maladies débilitantes, les chocs moraux.

III. — L'hallucination est ici d'une nature particulière : Elle sort du délire. C'est une interprétation des phénomènes de la vie psychique. Sa production exige donc un dédoublement de la personnalité qui entraîne le sujet à ne plus distinguer ses propres pensées des faits étrangers à sa conscience.

Les troubles de la cenesthésie peuvent aussi être ramenés à de fausses interprétations de phénomènes réels.

IV. — On ne confondra pas la psychose hallucinatoire chronique avec :

a) le délire mélancolique, dont l'hallucination naît sur sur un état de douleur morale.

b) l'hallucinose, qui n'est pas d'origine constitutionnelle, dont l'hallucination est isolée, n'a pas de caractère pénible et ne s'accompagne pas d'interprétations.

c) les délires des dégénérés (Paranoïa aiguë des auteurs allemands) qui sont une association de psychose maniaque dépressive et de paranoïa et qui évoluent par crises à la façon de la folie périodique.

d) la démence précoce dont l'état mental est caractérisé par l'indifférence, l'aboulie, l'affaiblissement intellectuel.

e) les délires toxiques dont la trame garde une apparence bizarre et invraisemblable, dont l'hallucination caractérisée par sa précision, est le résultat de l'excitation d'un centre cérébral.

f) la démence paranoïde dont les idées délirantes se désagrègent progressivement.

V. — Le pronostic de la psychose hallucinatoire ne saurait être basé sur la présence de l'hallucination, mais plutôt sur le degré de systématisation du délire. Le délire hallucinatoire qui conduit à la démence, possède des idées délirantes mal liées, se désagrégeant peu à peu. Le délire fortement systématisé n'évolue pas vers la démence.

VI — Nosographiquement, la psychose hallucinatoire chronique doit être classée à côté du délire d'interprétation, parce que les deux délires naissent sur la même constitution paranoïaque et présentent une bonne systématisation, parce que l'hallucination du systématisé n'est, en somme, qu'une interprétation des pen-

sées non rameuées à sa conscience. Enfin, certains délires d'interprétation, comme certains délires hallucinatoires se terminent par la démence. Dans les deux cas, ce sont justement ceux qui sont mal systématisés.

Vu :
Le Président de Thèse,
GILBERT-BALLET.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Arnaud. — Les Psychoses constitutionnelles. in Traité de Pathologie mentale de Gilbert-Ballet. Paris 1903.

Ballet (Gilbert). — La Psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale*, 10 novembre 1911.

Ballet. — La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. *Encéphale*. 10 juin 1913.

Ballet et Mallet. — Hallucinations et dissociation de la personnalité. *Encéphale*, 10 juillet 1913.

Barbé et Benon. — Délire systématisé hallucinatoire chronique sans démence. Soc. de Psychiâtrie. Séance du 10 Mai 1910. in *Encéphale*, 10 juin 1910.

Blondel, Gilbert Ballet, Dupré, Vallon. — Paranoïa et hallucinations. *Sec. de Psychifltrie*, 21 avril 1910. in Encéph, 10 mai 1910.

Binet et Sinon. — La folie systématisée. *Année psychologique* 1910.

Boudon et P. Hahn. — Un cas d'hallucinose *Soc. de Psychiâtrie*, 16 nov. 1911.

Buvat.— Un cas d'hallucinose chronique, *Soc. de Psychiâtrie*, 15 juin 1911).

Chaslin. — Eléments de Semiologie et clinique mentales. 1 vol. Paris 1912.

Deny. — Les délires systématisés chroniques, *Journ. de médecine int.*, 15 juillet 1905.

Deny et Camus. — Délire d'interprétation et Paranoïa. *Soc. médico-psych.* 28 mai 1906. Discussion Vallon, Pactet, Arnaud Toulouse, Kéraval.

Deroubaix. — Psychose systématisée à base d'interprétations délirantes ou paranoïa simple. V^e^ Congrès de neur. et de psych. Mons, 25-26 sept. 1909. Cand 1909, in Encéph. 10 oct. 1909.

Dupré. — La paranoïa légitime, sa nature, son origine. Congr. int. de Lisbonne, 1906.

Dupré. — Revue polyclinique des psychoses hallucinatoires chroniques. *Encéphale*. Août 1907.

Dupré et Collin. — Psychose hallucinatoire chronique à début purement sensoriel. *Soc. de Psych.* 15 juin 1911.

Dupré et Guelma. — Un cas d'hallucinose chronique. *Soc. de Psych.*, 16 février 1911.

Duroché et Lebargne. — Diagnostic de la démence précoce et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolution démentielle. Congrès de Rennes, 1905.

Esquirol. — Des illusions des sens chez les aliénés. 1832.

Fabret. — Soc. médic. psych. Séance du 27 février 1888, in *Annal, médico-psych.*

Gelma. — Hallucinose chronique. XXIe congrès des aliénistes, Amiens. Août 1911.

Hannard. — Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Th. Lille 1911.

Kroeplin. — Psychiâtrie. 7e édit. 1903-04.

Lasègue. — Du délire de persécution. (Arch. gén. de méd., février 1852.)

Leroy (B). — Nature des hallucinations. *Revue philosoph.* Juin 1907.

Magnan. — Leçons cliniques, 2e édition, 1893.

Magnan. — Leçons cliniques, 1897.

Magnan et Sérieux. — Le délire chronique à évalution systématique, 1 vol. Paris, 1892.

Maranton de Montyel. — De la genèse des conceptions délirantes et des hallucinations dans le délire systématisé. *Gaz. des Hôp.*, 5 juin 1900.

Masselon. — L'hallucination et ses diverses modalités cliniques. I. L'hallucination de l'ouïe dans la folie systématisée. Délire systématisé hallucinatoire. *Journ. de Psych. normale et path.* nov.-déc. 1912.

Masselon.— — Les Psychoses associées (psychose maniaqne dépressive et délire d'interprétation). *Ann. Med. Psych.* Juin 1912.

Masselon. — Les délires hallucinatoires chroniques. *Enceqh.* Fév. 1912.

Seglas — Délire de persécution systématique hallucinatoire, évoluant pendant quarante-quatre ans, sans

démence terminale. Soc. du 25 oct. 1909. Discuss. Trenel-Seglas-Arnaud.

Séglas. — Leçons cliniques dans les maladies mentales et nerveuses. Paris 1895.

Sérieux et Capgras. — Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation. Paris 1909.

Soc. médico-psychologique. — Discussion sur le délire chronique. Séances des 25 oct., 29 nov. 1886. 31 janv., 28 mars, 23 mai, 27 juin, 25 juillet, 31 oct. 26 déc. 1887. 30 janv., 27 fév., 26 mars, 28 mai, 25 juin 1888.

Trenel. — Note sur la question de la paranoïa aiguë. *Soc. méd. psychol.* 25 juillet 1910 Discussion : MM. Wallon, Pactet. G. Ballet.in ann. méd, psychol. nov. déc. 1910.

Vallon. — Hallucination psycho-motrice dans l'alcoolisme. Soc. méd. psychol. 26 nov 1894. *Annal. Psych.* 1895.

Vallon. — Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe (Congrès des alién. et des neur. de Nancy. 1er août 1896.)

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.